被保険者氏名

申請内容

移送を受けた方

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 令和
年 月 日

傷病名

発病又は負傷年月日
(療養開始日)

令和 年 月 日

発病の原因
および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

第三者の行為によるものですか

はい いいえ

「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。

診療等の支給又は手当
を受けた病院あるいは
診療所(病院)の

名称

診療を担当した
医師等の氏名

所在地

移送経路

(フリガナ)

(フリガナ)

から

まで

移送後

0. 入院
1. 入院外

移送先

移送経路、
移送方法、
移送期間
および費用の
請求

移送期間
(支給期間)

平成
 令和

年 月 日 から 年 月 日 まで

日間

移送回数

回

移送に要した
費用の額

円

距離

km

利用交通機関

移送を必要とする理由
症状、その他具体的に
記入してください。
また、付添人が必要
な場合は、人数とその
必要な理由を併記
してください。

付添人の有無

有
 無

付添人の
氏名

付添人の
住所